FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond DÈCHE

Né à Tonneins (Lot-et-Garonne), le 9 août 1888

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ZONES D'ALARME

DANS LE DIAGNOSTIC

de la tuberculose au début chez l'adulte

Président : M. P. CARNOT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

ALFRED DÈCHE

Docteur en droit
Sous-lieutenant commandant la 8e Cie
du 20e Régiment d'Infanterie
Tombé héroïquement pour la France à Perthes-les-Hurlus
le 23 décembre 1914

A MON PÈRE

LE DOCTEUR O. DÈCHE

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux
Ancien député du Lot-et-Garonne

A MES CAMARADES DU 14e BATAILLON
DE CHASSEURS ALPINS
DES 348e ET 22e RÉGIMENTS D'INFANTERIE

Morts au Champ d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de vive reconnaissance
et de respectueux attachement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES ZONES D'ALARME

DANS LE DIAGNOSTIC

de la tuberculose au début chez l'adulte

CHAPITRE PREMIER

La diffusion sans cesse grandissante de la tuberculose, sa curabilité d'autant plus grande que le traitement est appliqué plus tôt, la nécessité de préserver l'entourage de la contagion, font du diagnostic précoce de la phtisie une obligation impérieuse pour le médecin.

Le nombre des méthodes d'examen et des procédés d'investigation dont nous disposons est allé sans cesse croissant pendant ces dernières années ; cette richesse apparente cache une pauvreté réelle, et, en l'absence du seul signe de certitude : la présence du bacille dans les crachats, le diagnostic de la tuberculose au début reste le plus souvent un problème difficile à résoudre.

Parmi tous les moyens mis à notre disposition pour

établir ce diagnostic, quelle valeur convient-il d'accorder aux signes physiques en général, à l'auscultation en particulier? Les signes physiques nous renseignent sur la consistance des lésions décelées, sur l'origine des sécrétions morbides, mais sont impuissants à nous fixer sur l'évolution et sur la nature de la lésion. Est-ce à dire, comme certains auteurs (Rist, Ch. Richet fils) l'ont soutenu récemment, que le diagnostic ne pourra être basé que sur un examen bactériologique positif? Nous ne le pensons pas et nous estimons que l'examen complet du malade, l'étude attentive des signes fonctionnels et généraux sont suffisants, dans la plupart des cas, pour nous donner la signature d'une lésion constatée par l'oreille. En d'autres termes nous dirons avec Sergent « qu'il en est du diagnostic de la tuberculose comme de celui de toutes les maladies ; le diagnostic ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration » (1).

Mais si les signes physiques ne nous permettent pas à eux seuls d'affirmer la tuberculose, ils n'en constituent pas moins un des éléments prépondérants du diagnostic. Tous les auteurs modernes (Sergent, Rist, etc.), sont d'accord pour reconnaître leur très grande importance. « La percussion et l'auscultation combinées peuvent créer à elles seules, dans bon nombre de cas, une présomption si sérieuse en

---

1. Sergent, *Presse médicale*, 3 janvier 1918.

faveur de la tuberculose qu'elle équivaut presque à un diagnostic rationnel » (Rist) (1).

1. Rist, *Principes du diagnostic rationnel de la tuberculose* (*Presse médic.*, 13 juillet 1916).

CHAPITRE II

Dans quelle région du poumon doit-on chercher les premiers signes physiques?

La question jusqu'à ces dernières années paraissait définitivement résolue. La première loi de Louis étant admise sans contestations par tous, les premiers signes physiques devaient être cherchés au sommet, plus accessible à l'oreille que le reste du poumon et siège constant des premières lésions tuberculeuses.

Fowler (1) porta la première atteinte à l'absolutisme de la loi de Louis. La lésion initiale siège, d'après lui, dans le lobe supérieur, à 2 cm. 1/2 ou 4 centimètres au-dessous du sommet, en un point voisin de la face postérieure du poumon ; plus rarement à la face antéro-externe du lobe supérieur, en un point correspondant au premier et deuxième espace intercostal, au-dessous du tiers externe de la clavicule.

Küss, dans sa thèse, et après lui Ribadeau Dumas et Rist (2) ont montré que la véritable lésion initiale

1. *De la localisation des lésions de la phtisie* (traduit par Tussau. Paris, 1882).

2. Séance de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (14 juin-21 juin, 28 juin 1912.)

siège à la base et apparaît chez l'enfant. La tuberculose de l'adulte ne serait donc qu'une réinfection autochtone, le réveil d'une tuberculose primitivement localisée à la base pendant l'enfance. Cette théorie, fort intéressante au point de vue doctrinal et pathogénique, nous paraît avoir beaucoup moins d'importance au point de vue du diagnostic de la tuberculose chez l'adulte. Qu'elle soit primitive ou secondaire à une lésion ancienne mais cicatrisée et latente, la lésion du sommet n'en est pas moins la première manifestation de ce réveil de l'infection. Il nous semble donc que sans même avoir besoin d'invoquer les conditions anatomiques qui rendent l'examen du sommet plus facile et plus fructueux en raison de l'accessibilité plus grande du poumon à ce niveau, on peut affirmer que c'est au sommet que l'on doit chercher les premiers signes physiques parce que c'est là qu'apparaissent les premières lésions. Que ces lésions ne soient pas primitives mais secondaires, qu'elles soient le résultat d'une réinfection, peu importe, puisque c'est précisément cette réinfection que nous voulons diagnostiquer.

Nous estimons que chez l'adulte la loi de Louis a conservé toute sa valeur clinique, et nous pensons avec Fowler, Tripier, Piery (1) que les premières lésions, révélatrices de l'infection tuberculeuse, ou d'une réinfection si l'on adopte la théorie de Küss, siègent au sommet du poumon, en spécifiant que

1. Piery, *La tuberculose pulmonaire*, Paris, 1910.

nous entendons par sommet non pas un point géométrique, mais une région, c'est-à-dire la partie supérieur du lobe supérieur.

Quel est, au niveau du sommet du poumon, le point de la paroi thoracique qui se prête le mieux à l'examen, qui permet d'explorer, avec les meilleurs résultats, le murmure vésiculaire, et d'en percevoir de façon précoce les altérations ? Trois régions ont été plus particulièrement préconisée par les auteurs ; ce sont :

1° La fosse sus-épineuse et surtout sa partie interne que Chauvet a décrite sous le nom image, de zone d'alarme ;

2° La fosse sus-claviculaire ;

3° La région sous-claviculaire.

Nous y ajouterons le creux axillaire qui ne nous a pas paru être un lieu d'élection pour la perception des premiers signes physiques et que nous ne citerons que pour mémoire.

Pour que l'oreille puisse percevoir de façon précoce et nette les bruits pulmonaires, normaux ou anormaux, il faut que la région où on l'applique remplisse certaines conditions, qui, ainsi que le fait remarquer Sergent (1), peuvent être divisées en deux groupes :

1° Conditions anatomiques et physiques ;

2° Conditions liées à la facilité de l'examen.

---

1. Sergent, *in Monde Médical*, 5 janvier 1913.

Nous allons étudier à ce double point de vue les trois régions énumérées ci-dessus, et nous ajouterons pour chacune d'elles les constatations que nous a suggérées la clinique.

CHAPITRE III

Fosse sus-épineuse. — Zone d'alarme de Chauvet

La fosse sus-épineuse, ainsi que l'a montré M. le professeur Letulle (1), doit être divisée en trois zones : externe, moyenne et interne. C'est la partie tout à fait juxta-vertébrale de cette zone interne que Chauvet (2) a décrite sous le nom de zone d'alarme. Les nombreuses publications de Sergent, la thèse récente de Labro (3) ont parfaitement mis en valeur la supériorité de la zone de Chauvet sur les autres parties de la fosse sus-épineuse, et son importance au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose. Ses principaux avantages sont :

1° De correspondre assez exactement à l'extrême sommet du poumon ;

2° D'en être séparé par une paroi assez mince ;

3° D'être très facilement accessible à l'oreille.

---

1. *Presse Médicale* (novembre et décembre 1905).
2. Chauvet, *Presse Médicale*, 17 nov. 1908.
3. Labro, thèse Paris, 1914-1915.

Toutes ces notions sont devenues classiques et il nous paraît superflu d'insister.

Étude clinique. — Sergent dans sa communication à la Société médicale des Hôpitaux (1912) note l'apparition des premiers signes physiques au niveau de la zone de Chauvet dans 68 o/o des cas. Dans 16 cas cette zone était intéressée en même temps que la région sous-claviculaire ; dans 16 cas également les signes physiques étaient perceptibles exclusivement dans la région sous-claviculaire. La zone de Chauvet était donc le siège des premiers signes physiques dans plus des trois quarts des cas.

La série des observations relatées à la fin de ce travail donne un pourcentage moins élevé. Sur 17 cas, cinq fois la zone de Chauvet est le siège exclusif des premiers signes physiques (obs. I à V) ; dans deux cas elle est intéressée en même temps qu'une autre zone d'alarme (obs. XIII et XV) ; dans trois cas enfin les signes physiques nets dans la fosse sus-claviculaire s'accompagnent de modifications du murmure vésiculaire dans la zone de Chauvet, sans bruits surajoutés (obs. VII, X, XII). Siège exclusif des premiers signes physiques dans 20,5 o/o des cas, elle est plus ou moins intéressée dans 58,8 o/o des cas.

Bien qu'un peu inférieurs à ceux de Sergent, ces chiffres n'en sont pas moins démonstratifs, et prouvent l'importance de la zone d'alarme de Chauvet et l'intérêt qu'il y a à l'explorer systématiquement dans tous les cas.

CHAPITRE IV

Région sus-claviculaire

I. — Conditions anatomiques et physiques

Les notions données par les anatomistes sur la projection du sommet du poumon et sur ses rapports avec la clavicule sont quelque peu variables. On peut admettre cependant qu'il dépasse en moyenne de 1 à 2 centimètres le bord supérieur de cet os. La radiographie nous montre que c'est là un minimum, « que le sommet se projette beaucoup plus haut qu'on ne le croit généralement, et surtout beaucoup plus en dedans, à la partie tout à fait interne de la clavicule (1) » (Sergent).

Deux régions ont été plus particulièrement préconisées comme lieu d'élection pour l'auscultation précoce ; ce sont :

1° La loge sus-claviculaire proprement dite ;

2° La fossette sterno-cleido-mastoïdienne.

A) *Loge sus-claviculaire.* — Elle est limitée en

1. Sergent, *in Monde Médical*, 5 janv. 1913.

avant par le bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, en arrière par le bord antérieur du trapèze, en bas par la partie moyenne du corps de la clavicule. Nous venons de voir que le sommet du poumon se projette très en dedans, à la partie tout à fait interne de la clavicule : la loge sus-claviculaire ne répond donc qu'à la partie tout à fait externe du sommet. Il faudra, pour pouvoir explorer celui-ci :

1° Placer l'oreille ou le stethoscope à l'angle antéro-inférieur de la loge, c'est-à-dire immédiatement en dehors du bord externe du sterno-cleido-mastoïdien, et au ras du bord supérieur de la clavicule ;

2° User d'une technique un peu spéciale dont nous parlerons plus loin.

Le poumon, à ce niveau, est séparé de l'oreille par :

1° La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier, l'aponévrose cervicale superficielle ;

2° L'omohyoïdien et l'aponévrose cervicale moyenne ;

3° Le paquet vasculo-nerveux de la loge sus-claviculaire passant dans le triangle des scalènes.

B) *Fossette sterno-cleido-mastoïdienne.* — C'est le lieu d'élection pour la plupart des auteurs (Ramond, Rist, Lemoine). Elle est limitée par le chef sternal et le chef claviculaire du sterno cleido-mastoïdien ; le poumon, à ce niveau, n'est séparé de l'oreille que par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier, les aponévroses cervicales superficielles et profondes. Mais l'exiguité de cette fossette oblige de

tenir compte de l'interposition forcée, entre l'oreille et le poumon, des deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien ; d'autre part, le voisinage de la trachée et des gros troncs vasculaires du cou gênent considérablement l'auscultation.

II. — Conditions liées à la facilité de l'examen

Alors que la palpation et la percussion sont relativement faciles dans la région sus-claviculaire, l'auscultation médiate y est fort difficile, pour ne pas dire impossible, particulièrement chez les sujets maigres. Est-ce une raison suffisante pour négliger cette exploration ? Nous ne le pensons pas, car nous avons à notre disposition, pour pratiquer l'auscultation médiate, des instruments susceptibles de donner les meilleurs résultats. Le stethoscope bi-auriculaire, entre autres, d'un usage courant en Angleterre et en Amérique, mériterait d'être employé plus fréquemment en France. On lui reproche (Barth) (1) :

1° De déformer les bruits et de nécessiter une éducation spéciale de l'oreille ;

2° D'être d'un emploi difficile chez les sujets très maigres.

Que l'auscultation par le stethoscope ne s'invente pas, rien de plus exact, mais l'apprentissage est rapide et facile ; toute méthode nouvelle est d'ailleurs

---

1, Barth, *Sémiologie de l'app. respir.. in* Brouardel et Gilbert.

passible du même reproche, et l'accepter serait nier toute possibilité de progrès.

Quant à la deuxième objection, l'emploi d'un pavillon épais et de petit diamètre facilite beaucoup l'auscultation des sujets très amaigris ; avec un pavillon de ce genre, l'auscultation est toujours au moins aussi facile qu'avec l'oreille.

Quels sont par contre les avantages du stethoscope bi-auriculaire ? Nous lui en reconnaissons au moins quatre :

1° Il permet l'auscultation facile de régions peu ou pas accessibles à l'oreille, sans fatigue pour le malade et le médecin, et rend possible dans tous les cas le relâchement des muscles de la paroi au point examiné ;

2° Il amplifie les bruits et rend plus facile la perception de signes discrets ;

3° Comme tous les stethoscopes, il permet de faire une auscultation rigoureusement symétrique ;

4° Le pavillon, étant de petit diamètre, permet de se rendre compte assez exactement du nombre de râles ou craquements correspondant à sa lumière.

Fermement convaincu de l'utilité du stethoscope bi-auriculaire, nous estimons que toute auscultation immédiate d'une région même très accessible à l'oreille sera toujours avantageusement suivie de l'auscultation médiate : des bruits anormaux peu nets, des craquements limités et discrets pourront être ainsi découverts, qui n'avaient pas été perçus par l'oreille seule.

L'auscultation de la fosse sus-claviculaire et de la fossette sterno-cleido-mastoïdienne devra donc se faire avec le stethoscope bi-auriculaire ; elle ne présentera plus alors de difficultés et donnera des renseignements précieux.

III. — Etude Clinique

Les auteurs qui dans ces dernières années ont étudié la fosse sus-claviculaire (Ramond-Courtellemont) se sont surtout attachés à démontrer la supériorité de la fossette sterno-cleido-mastoïdienne sur le creux sus-claviculaire proprement dit. Voisinage immédiat du sommet du poumon, faible épaisseur des parties molles, tels sont les avantages de cette région. Malheureusement la faible étendue de cette fossette oblige à ausculter au travers des deux chefs du sterno-cleido mastoïdien, ce qui augmente d'autant l'épaisseur de la paroi ; d'autre part, malgré l'avis contraire de Ramond (1), nous estimons que le voisinage de la trachée gêne considérablement l'auscultation du murmure vésiculaire et de ses altérations.

L'expérience clinique nous a démontré qu'en se servant du stethoscope bi-auriculaire et en auscultant immédiatement en dehors du bord externe du sterno-cleido-mastoïdien (chef claviculaire), juste au-

1. Ramond, *Auscult. du sommet du poumon* (*Progrès Médical*, 3 juillet 1909).

dessus du bord supérieur de la clavicule, on entend avec une très grande netteté le murmure vésiculaire. Il suffit pour cela d'orienter le pavillon de l'appareil en bas, en dedans et légèrement en arrière, d'aller pour ainsi dire à la recherche du sommet du poumon : le stethoscope est ainsi placé sensiblement au niveau du triangle des scalènes et n'est plus séparé du dôme pulmonaire que par un minime épaisseur de paroi. Sans doute nous auscultons encore au niveau de gros vaisseaux, mais nous nous éloignons du bruit trachéal, beaucoup plus gênant pour l'auscultation.

Sans vouloir diminuer en rien la valeur de la fossette sterno-cleido-mastoïdienne, nous pensons que l'examen du creux sus-claviculaire proprement dit permet une auscultation plus facile et tout aussi fructueuse que la fossette sterno-cleido-mastoïdienne. Nous l'avons exploré systématiquement chez tous nos malades et nous avons été frappé de l'extrême fréquence avec laquelle apparaissent là les premiers bruits adventices d'une tuberculose incipiens. Sur 17 cas, cinq fois le creux sus-claviculaire seul est intéressé (obs. VI, VIII, IX, XI, XIV) ; trois fois les bruits surajoutés, apparus dans cette région, s'accompagnent de modifications du murmure vésiculaire dans la zone de Chauvet (obs. VII, X, XII) ; dans un cas, apparition des bruits surajouter à la fois dans le creux sus-claviculaire et dans la zone de Chauvet (obs. XIII).

En résumé, exclusivement intéressée dans 29,5 o/o

des cas, elle est le siège des premiers bruits surajoutée dans 52,9 o/o, soit un pourcentage presque égal à celui de la zone d'alarme de Chauvet. Ramond (1) recommande de toujours examiner chez un tuberculeux la fosse sus-claviculaire, plus particulièrement la fossette sterno-cleido-mastoïdienne, mais croit cet examen moins important que celui des deux autres zones d'alarme classiques : région sous-claviculaire et fosse sus-épineuse. Plus royaliste que le roi, nous croyons pouvoir, avec Lemoine, donner à l'auscultation de la région sus-claviculaire autant d'importance qu'aux deux autres régions dans le diagnostic de la tuberculose au début.

---

1. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 15 nov. 1910.

CHAPITRE V

Région sous-claviculaire

I. — Etude anatomique

La paroi thoracique, au-dessous de la clavicule, est formée par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le grand pectoral, le petit pectoral, les côtes et les muscles intercostaux. Donc paroi assez épaisse, d'autant plus épaisse qu'on s'éloigne davantage du sternum.

Nous avons vu que le sommet du poumon dépasse de un à deux centimètres le bord supérieur de la clavicule ; l'oreille placée au niveau de la région sous-claviculaire auscultera donc non pas l'extrême pointe du sommet, mais un point du poumon placé à quatre ou cinq centimètres au-dessous.

II. — Conditions liées à la facilité de l'examen

L'auscultation immédiate est le plus souvent très facile dans cette région, sauf à sa partie tout à fait externe où, chez les sujets très amaigris, elle peut

présenter certaines difficultés. Ici encore, malgré la facilité de l'exploration directe par l'oreille, nous estimons que le stethoscope bi-auriculaire rendra les plus grands services et que l'auscultation immédiate sera toujours utilement suivie et complétée par l'auscultation médiate.

III. — Etude clinique

De même que sa simplicité de technique a fait le succès de l'auscultation immédiate, la facilité d'examen de la région sous-claviculaire l'a fait choisir par tous, depuis Laennec, comme lieu d'élection pour l'auscultation du poumon. Après avoir accepté sans réserves sa supériorité, on tend depuis quelques années à lui accorder moins d'importance.

On lui a reproché de ne pas permettre l'auscultation du sommet du poumon, tout au moins de sa pointe extrême, ce qui est exact, mais encore faudrait-il établir que les lésions tuberculeuses siègent toujours à l'extrême pointe du sommet. Grancher (1), qui admettait cette localisation comme constante, estimait que la région sous-claviculaire était suffisamment rapprochée du sommet pour que la moindre altération du murmure vésiculaire produite par une lésion, même minime, de l'extrême pointe du poumon puisse se faire entendre sous la clavicule. Nous préférons

1. Grancher, *Maladies de l'app. respiratoire*. Leçons cliniques recueillies par Faisans. Paris, 1890.

admettre que la distribution des lésions au sommet du poumon n'est pas fixe, et que souvent, ainsi que l'ont décrit Fowler, Tripier, Piery, les premières lésions tuberculeuses se localisent à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du poumon. Ainsi s'explique, croyons-nous, l'apparition des premiers signes physiques dans la région sous-claviculaire.

On a encore reproché à la région sous-claviculaire l'épaisseur assez considérable de la paroi thoracique qui sépare à ce niveau le poumon de l'oreille. Cette épaisseur augmentant de dedans en dehors, les auteurs conseillent d'ausculter plus particulièrement en dedans, au-dessous du tiers interne de la clavicule. Il nous a paru au contraire, que, de façon presque constante, c'était surtout en dehors, au voisinage du sillon delto-pectoral, que se trouvaient le plus fréquemment les premiers symptômes révélateurs d'une lésion. Nous ne pouvons expliquer ce fait qu'en admettant avec Fowler que fréquemment les lésions bacillaires se localisent à la face antéro-externe du poumon, à 4 ou 5 centimètres au-dessous du sommet, en un point correspondant au premier ou deuxième espace intercostal.

Sur les 17 observations que nous rapportons à la fin de ce travail, deux fois les premiers signes physiques ont apparu à la partie externe de la fosse sous-claviculaire (observ. XVI et XVII), les autres régions étant normales, soit 11,76 o/o ; une fois l'apparition des premiers signes s'est faite à la fois

dans la zone de Chauvet et au niveau du sillon delto-pectoral (obs. XV), ce qui porte à 17,64 o/o le pourcentage des cas où les premiers signes physiques ont fait leur apparition au voisinage du sillon delto-pectoral.

OBSERVATIONS

Les 17 observations qui suivent, toutes inédites, ont été recueillies à l'Hôpital Cochin, dans le service de notre maître le Dr Pissavy.

Obs. I. — M..., quarante-neuf ans, manœuvre. Pas d'antécédents héréditaires. Tousse un peu depuis 1916, mais état général reste bon jusqu'en mai 1919 où le malade commence à maigrir et à perdre ses forces.

Pas d'hémoptysies. Au début de juin, apparition de sueurs profuses qui ont duré cinq jours. A l'auscultation le 29 juin on trouve:

Poumon droit: craquements dans la zone d'alarme de Chauvet.

Poumon gauche. — o.

3 à 4 bacilles par champ. Température 37°5 à 38°5.

Obs. II. — M..., vingt-cinq ans, coiffeur. Pas d'antécédents héréditaires. Réformé en septembre 1917 pour induration sommet gauche. Hémoptysie en janvier 1919. En même temps apparition de quelques crachats muco-purulents, sueurs profuses nocturnes, anorexie, amaigrissement.

A l'examen le 12 mars 1919 on trouve:

P. D. : o.

P. G. : Quelques sous-crépitants, dans zone de Chauvet.

Obs. III. — G..., cinquante-trois ans, corroyeur. Pas d'antécédents héréditaires. Pleurésie en 1914. Hémoptysie en 1917. Tousse un peu, surtout la nuit ; expectoration mucopurulente, un peu d'oppression, anorexie, constipation. Examiné le 10 mai 1919.

P. D. : petits craquements dans partie interne de la fosse sus-épineuse.

P. G. : frottements à la base, en arrière.

Très rares bacilles de Koch, forme longue ; nombreux diplocoques et globules de pus.

Obs. IV. — M... quarante-neuf ans, manœuvre. Tousse depuis 1915, a commencé à maigrir il y a quelques mois ; appétit conservé, pas d'hémoptysies. Sueurs profuses en mai 1919, avec amaigrissement et perte des forces, ce qui décide le malade à entrer à l'hôpital. Examiné le 1er juin 1919.

P. G. : Emphysème.

P. D. : craquements dans la zone de Chauvet.

Examen bactériologique : 3 à 4 B. K. par champs.

Température : 37, 37°8.

Obs. V. — P.., dix-neuf ans, engagé volontaire en 1918. Pleurésie en septembre 1918. Bronchite en janvier 1919. Amaigrissement peu marqué. Toux et expectoration légère. Actuellement (1er juillet 1919) submatité base droite, diminution de l'amplitude respiratoire dans tout le poumon droit, et au sommet droit en arrière au niveau de la zone d'alarme de Chauvet : rudesse respiratoire, expiration prolongée, sans autre symptôme.

Obs. VI. — V.. , cinquante-six ans, plombier.

Antécédents héréditaires : mère morte à trente-sept ans de tuberculose ; un frère mort à dix-neuf ans ; trois sœurs mortes à quinze, dix-neuf, vingt-sept ans, tous de tuberculose pulmonaire ; une sœur bien portante, de soixante ans.

Antécédents personnels : appendicite en 1891. Rhumes fréquents. Pleurésie droite en 1909. Il y a six mois a commencé à tousser et à cracher. Le 18 juillet 1919, frisson, céphalée, sueurs nocturnes abondantes; pas de point de côté. Fièvre assez élevée: 38°5 à 39°5. Anorexie, pas de diarrhée.

Actuellement (3 août 1919) tous ces symptômes se sont amendés: sueurs nocturnes persistent, mais moins abondantes; température 37°.

P. D. : o.

P. G. : en av. petit foyer de râles fins dans fosse sus-claviculaire ; en arr. : submatité et sibilances, frottements base.

Examen bactériologique: expectoration presque nulle; très rares B. K.

Obs. VII. — D. ., douze ans. Amené à la consultation du service parce qu'il tousse et maigrit depuis trois mois, sans autre symptôme. Appétit diminué et un peu de constipation.

A l'examen:

P. D. : Quelques sous-crépitants fins dans région sus-claviculaire droite ; en arrière submatité et respiration légèrement soufflante.

P. G. : o.

Obs. VIII. — B..., cinquante ans, employé de commerce. Pas d'antécédents héréditaires. En juillet 1917, hémoptysie

peu abondante: le malade a craché du sang pendant une journée. Depuis tousse et maigrit. Vient consulter en mai 1919. Etat général assez bon, appétit conservé. Foyer congestif bilatéral dans fosses sus-claviculaires.

Obs. IX — L..., trente-six ans, menuisier. Grippe en octobre 1918. Depuis maigrit et tousse. En mai 1919, sueurs nocturnes abondantes qui décident le malade à entrer à l'hôpital. Etat gastrique bon. Pas de diarrhée.

A l'examen le 26 mai 1919 :

P. G. : o.

P. D. : craquements dans fosse sus-claviculaire.

Examen bactériologique. — Très rares B. K. granuleux ; 1 sur 400 champs.

Obs. X. — Br... quarante-six ans. Employé de commerce. Hémoptysie remontant à douze ans sans autres symptômes ; en janvier 1919 apparaissent des sueurs nocturnes très légères. Actuellement (3 avril 1919) toux peu fréquente, état général bon, fièvre légère, anorexie, amaigrissement peu marqué.

P. D. : rudesse de la respiration dans région sous-claviculaire, craquements dans creux sus-claviculaire.

Submatité et rudesse respiratoire dans fosse sus-épineuse.

P. G. : o.

Obs. XI. — Br..., quarante-deux ans. Bronchite en décembre 1915 ; depuis a continué à tousser. En mars 1919, la toux augmente légèrement ; quelques sueurs profuses peu abondantes. Actuellement (20 mai 1919) état général bon.

Appétit conservé, amaigrissement peu marqué, expectoration nulle. Température 37°.

P. D. : Submatité et craquements dans fosse sus-claviculaire droite ; rien ailleurs.

Obs. XII. — Dup..., cinquante-cinq ans, boulanger. Tousse depuis plusieurs années, tout en conservant un excellent état général. Pas d'hémoptysies, pas de sueurs profuses. Il y a deux mois a commencé à se sentir fatigué sans raison, son appétit a diminué et il a maigri. Actuellement (juin 1919) état général assez bon ; température 37, 37°5.

P. D.: Rudesse respiratoire et un ou deux craquements secs dans région sus-claviculaire.

En arr. : Submatité dans fosse sus-épineuse ; respiration légèrement soufflante sans retentissement de la toux et sans bruits surajoutés.

Obs. XIII. — H..., cinquante-cinq ans. Manœuvre. Pas d'antécédents héréditaires. Plusieurs bronchites, emphysème. Début en janvier 1919 par oppression légère, fatigue, toux peu fréquente ; pas d'autres symptômes. Actuellement (avril 1919) état général assez bon, appétit conservé, léger amaigrissement, pas de diarrhée, température 37, 37°5.

P. D. : en av. petits craquements dans fosse sus-claviculaire et en arrière dans fosse sus-épineuse. Congestion de la base.

P. G. : Emphysème et congestion de la base.

Examen bactériologique : rares B. K.

Obs. XIV. — Laf..., vingt-six ans, menuisier. Pas d'antécédents héréditaires. Grippe en 1918. Depuis a un peu maigri et tousse sans être obligé d'interrompre son travail. Au com-

mencement d'avril présente pendant quatre jours des sueurs profuses qui le fatiguent beaucoup. Toux augmente légèrement; expectoration nulle. L'amaigrissement s'accentuant le malade se décide à entrer à l'hôpital fin avril.

Le 28 avril, à l'examen, on trouve: état général assez bon, appétit conservé, pas de diarrhée, température normale.

P. D.: craquements dans fosse sus-claviculaire; en arrière, bronchite.

P. G.: Bronchite.

Examen bactériologique. — Très rares B. K. granuleux.

Obs. XV. — W..., trente-neuf ans, chauffeur. Mère morte de tuberculose. Pleurite en avril 1917. Depuis février 1919, perd ses forces et maigrit; pas d'hémoptysies. Actuellement (avril 1919) le malade tousse et crache peu; l'état général est assez bon, l'appétit conservé. Température 37, 37°8.

P. D.: foyer de petits craquements dans partie externe de fosse sous-claviculaire, au voisinage du sillon delto-pectoral.

P. G.: Quelques sous-crépitants dans la zone de Chauvet.

Examen bactériologique. — Rares B. K., un sur 200 champs. forme courte, globules de pus.

Obs. XVI. — P..., vingt ans, journaliste. Bronchite remontant à 1910. Depuis février 1919, hémoptysies peu abondantes mais répétées; léger amaigrissement. Pas de sueurs profuses. Etat général satisfaisant, pas de diarrhée, toux peu fréquente, expectoration presque nulle.

P. D.: Quelques sous-crépitants fins au niveau du sillon delto-pectoral. En arrière respiration rude.

P. G.: o.

Examen bactériologique. — Très rares B. K., un sur 400 champs ; flore microbienne très variée et abondante.

Obs. XVII. — Z..., soixante ans. Bronchite ancienne, n'ayant jamais déterminé d'altération de l'état général. Depuis avril 1919, tousse et crache davantage, présente des sueurs profuses, de la température. A maigrissement. Expectoration peu abondantes : rares B. K., un sur 400 champs.

P. D : sous-crépitants dans sillon delto-pectoral.

P. G. : o.

CONCLUSIONS

I

Les premiers signes physiques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte apparaissent et doivent être recherchés au sommet du poumon, ou plus exactement à la partie supérieure du lobe supérieur. Le sommet constitue en effet la partie du poumon la plus accessible à l'oreille ; de plus, quel que soit le siège des lésions initiales, c'est au sommet qu'apparaissent les lésions secondaires, indice d'une réinfection chez l'adulte.

II

La distribution des lésions aux sommets, n'est pas absolument fixe. Suivant que dans le lobe supérieur elles infiltrent surtout le véritable sommet, la face antérieure ou la face postérieure, dans leur partie interne ou externe, la zone d'alarme optima sera différente.

III

Sans méconnaître la grosse valeur de la zone d'alarme de Chauvet, nous pensons qu'on peut accorder la même importance à la fosse sus-claviculaire et à la région sous-claviculaire, tout particulièrement à sa partie externe, au voisinage du sillon delto-pectoral.

IV

Quels que soient les avantages de l'auscultation immédiate, elle doit, dans tous les cas, être suivie et contrôlée par l'auscultation médiate, au moyen du stethoscope bi-auriculaire, instrument indispensable dont tout médecin doit savoir se servir.

Vu : le Président de la thèse
PAUL CARNOT

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Bezançon. — De la diminution du murmure vésiculaire aux sommets et en particulier au sommet droit. Sa valeur séméiologique (Société médicale des hôpitaux, 20 déc. 1907).

— La valeur séméiologique des signes physiques, dits de début, de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte (Journal médical français, 15 août 1913).

Chauvet (St.). — Séméiologie de la fosse sus-épineuse. Zone d'alarme dans la tuberculose (Presse médicale, 11 nov. 1908).

Claisse (P.). — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'auscultation (la Clinique, 13 nov. 1908).

Courtellemont. — Auscultation du sommet du poumon (la Clinique, 1er nov. 1907).

Degouy (R.). — Symptômes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début (Thèse de Paris, 1918).

Espine (d'). — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire (Congrès de la Tuberculose. Paris, 1905).

Etienne (G.). — Sur la zone d'alarme au début de la tuberculose pulmonaire (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 3 juillet 1912).

Fowler. — De la localisation des lésions de la phtisie (traduit par Tussau. Paris, 1882).

German (Mlle). — Etude sur le syndrome de la pleurite apicale dans la tuberculose pulmonaire (Thèse de Paris, 1917).

Grancher. — Maladies de l'appareil respiratoire. Tubercu-

lose et auscultation (leçons cliniques recueillies par Faisans. Paris, 1890).

Labro. — Où faut-il chercher les signes physiques initiaux de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Etude de la zone d'alarme de Chauvet. Thèse de Paris, 1914-1915.

Landouzy. — Les éléments du diagnostic précoce de la tuberculose.

Laure. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique (Thèse de Paris, 1900-1901).

Lemoine. — Auscultation du sommet (Presse médicale, 7 fév. 1907).

Letulle. — Examen du sommet du poumon (Presse médicale 1905, nos 94-96-100-102).

— Inspection. Palpation. Percussion. Auscultation. Leur pratique en clinique médicale. Masson.

Merklen. — Tuberculose incipiente (Paris Médical, 5 janv. 1908).

Pierry. — La Tuberculose pulmonaire. Paris, 1910.

— La pleurite tuberculeuse à répétition (Presse Médicale, 21 déc. 1916).

Pissavy et Serane. — Etude sur la valeur des modifications de la sonorité et de l'intensité du murmure vésiculaire aux sommets du poumon pour le diagnostic de la tuberculose.

Plicque (A.-F.). — Les symptômes fonctionnels et le diagnostic de la tuberculose au début (1907).

Ramond-Rist-Lemoine. — Exploration de la région susclaviculaire (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 15 nov. 1910).

Ramond. — L'auscultation du sommet du Poumon (Progrès Médical, 3 juill. 1909).

Ribadeau-Dumas. — Conformation des sommets et tuberculose pulmonaire (Société Médicale des Hôpitaux, 16 fév. 1917).

— La tuberculose pleuro-pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent (Progrès Médical, 30 août 1919).

Rist. — Principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire (Presse Médicale, 13 juillet 1916).

— Synthèse clinique des Interlobites chez les tuberculeux (Presse Médicale, 19 fév. 1916).

Sabourin. — A propos de la zone d'alarme chez les tuberculeux du poumon (Journal des Praticiens, avril 1917).

Sergent. — Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1918). Paris. Maloine, édit., 1919.

Sergent-Léon Bernard-Rist-Ribadeau Dumas. — Discussion à la Société Médicale des Hôpitaux. Séance des 14, 21, 28 juin 1912.

Vires. — Diagnostic précoce de la tuberculose (Montpellier Médical, 1907).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4335-19

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE